

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

595

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ismail SAFVET KIANI-ZADEH

Né le 20 Avril 1907, au Caire

Le point de côté auriculaire de Vaquez

Président : M. le Professeur A. CLERC

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIES BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

PARIS (1^{er})

1934

207

Le Doyen. M. G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.

Clinique chirurgicale orthopédique de
l'adulte.....

MM.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

Professeurs sans chaire



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	BÉNARD (Et enne).
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'AILLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryntologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LÉVY.
Neuro-psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÈNÈQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Ophthalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
	CHIRAY.
	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
	HEITZ-BOYER.
	MOCQUOT.
	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	GUENIOT.
	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrège.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Pnériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ismail SAFVET KIANI-ZADEH

Né le 20 Avril 1907, au Caire

Le point de côté auriculaire de Vaquez

Président : M. le Professeur A. CLERC

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIES BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

PARIS (1^{er})

1934

A MA MÈRE,

A MON PÈRE,

A MES SŒURS,

A MON FRÈRE,

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CLERC,

*Professeur de pathologie médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Lariboisière,*

Qui nous fait le grand honneur de
présider cette thèse. Le témoignage
de notre profond respect et de notre
vive reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVOIR,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital St-Louis.

Hommage de reconnaissance pour le
bienveillant accueil qu'il nous a prodigué
dans son service en toute circonstance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHON,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Témoignage de notre sincère
reconnaissance et de notre profonde
gratitude pour ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLLET,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE STRASBOURG.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE MONTPELLIER.

INTRODUCTION

Du temps où la radioscopie n'existait pas, où les procédés de laboratoires étaient à l'état de naissance, nos maîtres attachaient une importance capitale aux symptômes subjectifs et principalement à la douleur. Cette dernière est décrite dans les anciens livres avec plus de détails et de minutie que dans les modernes. Actuellement tout en n'oubliant pas leur importance, on a tendance à la décrire avec précision mais sans s'y attarder longtemps, car la découverte des rayons X, les précisions apportées par les orthodiagrammes et les nouvelles recherches de laboratoires ont facilité la tâche du praticien.

Cela n'empêche pas qu'un bon clinicien reste celui qui sait poser un diagnostic sans se fier intégralement aux laboratoires ou à la radiô. Ces deux derniers procédés ne viendront que confirmer l'opportunité d'un traitement commencé à l'avance.

On a souvent tendance à négliger la douleur principalement dans les maladies cardiaques et pourtant c'est pour elle que viennent consulter beaucoup de malades.

Il est vrai que souvent les douleurs précordiales ne sont symptomatiques d'aucune affection cardiaque sérieuse.

On retient bien les douleurs angineuses de l'insuffisance aortique car elles sont fortes, vives et gênantes.

Il existe un signe que Vaquez a pour la première fois

décrit sous le nom de « point de côté auriculaire ». C'est une douleur localisée dans l'espace interscapulo-vertébral qui tout en étant moins intense que celle de la douleur angineuse, présente une importance plus grande et parfois, ajoutée à d'autres signes, décide du diagnostic de dilatation auriculaire.

Notre but dans ce travail a été d'ajouter quelques observations nouvelles à celles déjà parues que le Docteur Pichon a bien voulu nous communiquer.

Nous fûmes dirigés dans nos travaux par les conseils de Monsieur le Docteur Duvoir, Monsieur le Docteur Pichon et Monsieur le Docteur Pollet.

Nous saisissons avec empressement l'occasion de leur témoigner notre profonde reconnaissance.

Notre plan est le suivant :

1°) Historique, opinions parues depuis Vaquez, Hu-chard.

2°) Importance et mécanisme de la dilatation des oreillettes.

3°) Caractère. Siège. Recherche du point de côté auriculaire. Diagnostic différentiel avec les autres algies.

4°) Valeur fonctionnelle du point de côté.

5°) Observations.

6°) Conclusions.

DÉFINITION

Le point de côté auriculaire est une douleur siégeant dans l'espace interscapulo-vertébral et due à la dilatation des oreillettes.

HISTORIQUE

C'est Vaquez qui, le premier, a insisté sur la valeur de ce signe, en 1903, dans la Tribune médicale, page 181, et dans la thèse de Vibbonnet en 1905-1906.

Il a montré qu'il différait des douleurs névralgiques banales.

C'est Vaquez qui l'a rapporté à une lésion bien définie : la dilatation des oreillettes : « Un autre phénomène que nous avons décrit en 1903 consiste dans une douleur de la région correspondante à l'oreillette hypertrophiée. Il peut n'apparaître qu'à l'occasion de la marche comme le point de côté. C'est pour cela que nous l'avons appelé point de côté auriculaire. Ou bien elle subsistera même au repos. Elle semble être due à la distension de l'oreillette et à l'effort qu'elle fait pour adapter contrairement à la gêne croissante de la circulation ». Vaquez, les maladies du cœur.

Huchard, en 1905, dans son traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte attribue les douleurs précordiales ou thoraciques rencontrées dans les cardiopathies valvulaires et surtout au cours du rétrécissement mitral à une douleur névralgique. Il se rallie nettement à l'opinion de Stock en citant un de ses passages : « Si l'on prend en considération « la fréquence si grande de la douleur cardiaque en dehors « de toute affection organique et son absence dans les cas « où les lésions valvulaires ont existé pendant très long- « temps, si l'on réfléchit aussi à ce fait que la douleur s'as- « socie rarement à d'autres altérations mécaniques des orga- « nes et qu'elle peut se montrer dans l'hypertrophie simple « avec dilatation du cœur, on arrivera même à la convic- « tion que les douleurs cardiaques ne sont pas liées néces- « sairement à une affection valvulaire, mais se rattachent « plutôt à des formes diverses de névralgies avec ou sans « affection organique du cœur » (citation page 555).

Actuellement on tend à se rattacher à l'opinion de Vaquez. Nous citerons quelques opinions récentes parues à ce sujet.

« Selon leur tempérament, leurs réactions nerveuses, « les malades, ordinairement des femmes émotives et im- « pressionnables, éprouvent des sensations pénibles dans la « région précordiale. Elles ont l'allure capricieuse parado- « xale des algies sans commune mesure avec la fatigue ou « l'effort. A l'une d'elles qui se montre plus constante et « plus tenace et qui siège dans l'espace interscapulo-verté- « bral à la partie postérieure, Vaquez a donné le nom de « point de côté auriculaire et l'attribue à la distension de « l'oreillette ». (Laubry et Routier dans le nouveau traité de pathologie interne, 3^e volume, édition 1930).

« La distension des oreillettes, surtout de l'oreillette gauche, est parfois douloureuse. Vaquez a insisté sur la douleur auriculaire. Il prend une grande intensité dans les sténoses mitrales ». Nouveau traité de médecine par Roger Vidal et Tessier, fasc. X, page 634, édition 1933.

Clerc, dans son livre les maladies du cœur et des vaisseaux, cite le signe de Vaquez dans le chapitre du rétrécissement mitral.

Nous voyons qu'actuellement, alors que la question était très discutée, le signe de Vaquez a pris sa place parmi les symptômes fonctionnels du rétrécissement mitral dans les grands traités classiques.

IMPORTANCE ET MÉCANISME DE LA DILATATION DES OREILLETES

Le point de côté auriculaire de Vaquez étant dû à la distension auriculaire, nous exposerons dans ce chapitre les notions anatomiques et physiologiques nécessaires à la compréhension du sujet.

« L'examen de l'oreillette gauche est d'une grande importance pour le diagnostic du rétrécissement mitral, « c'est l'augmentation du volume de cette cavité qui est en « effet la première et la principale réaction des cavités cardiaques à la sténose de l'orifice mitral ». De la valeur comparée de l'orthoradiographie et de la percussion du cœur dans le rétrécissement mitral pur par les Docteurs Vaquez et E. Bordet.

L'oreillette droite a une épaisseur de 3 millimètres environ.

Les parois de l'oreillette gauche sont à l'état normal de 2 millimètres.

L'oreillette droite a sur le cadavre une capacité variant de 50 à 60 cc.

L'oreillette gauche varie entre 40 et 50 cc.

L'oreillette gauche est par conséquent plus petite que la droite et ses parois plus minces.

La capacité de l'oreillette droite est encore accrue sur le vivant par le fait qu'elle a un réservoir supplémentaire

lui donnant une grande variation de sa capacité, par son auricule extensible.

« La capacité physiologique de l'oreillette droite paraît plus élevée que la gauche ». Testut et Latarget, page 9.

Déjà nous voyons que l'oreillette gauche sera plus sensible aux variations de son contenu. Dans les affections mitrales, c'est elle qui se laissera distendre la première, puisque c'est elle qui est la plus proche, et d'autre part c'est elle la plus faible et la plus petite.

C'est l'oreillette gauche qui nous intéressera le plus. Le syndrome douloureux de Vaquez peut exister dans les dilatations des oreillettes droites mais il vient à une période avancée de la maladie où les symptômes d'asystolie prédominent, le signe de Vaquez perd alors de son importance.

Dans les lésions mitrales et principalement dans le rétrécissement, l'oreillette peut augmenter de volume d'une façon considérable jusqu'à atteindre une capacité de 4 à 500 centimètres cubes. On cite un cas de 625 centimètres cubes (thèse de Paris de 1890, Dr Briquet). Elle peut atteindre le volume d'une tête de fœtus de 14 centimètres de long et 10 centimètres de hauteur, 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur (Bigard, rétrécissement mitral).

MÉCANISME DE LA DILATATION AURICULAIRE

1°) *Dans le rétrécissement mitral.*

Les valvules auriculo-ventriculaires rétrécies ne laissent passer qu'avec difficulté une partie du sang envoyé par systole auriculaire. Une partie du sang destiné au ventricule reste en réserve dans l'oreillette gauche, ayant une

masse de sang plus considérable que la normale dans ses cavités, l'oreille a besoin d'une contraction plus grande pour refouler le liquide en excès. L'énergie dépensée sera plus grande, c'est pourquoi ses fibres musculaires vont s'hypertrophier et les parois atteindront une épaisseur de quatre millimètres ; il est un cas de 3 cm. cité par Bourdel à la Société Anatomique en 1880.

Ses fibres musculaires seront insuffisantes à garder le volume normal des oreilles, elles céderont devant la force du liquide sanguin augmentant sans cesse ; au processus d'hypertrophie viendra s'ajouter un processus de distension. La distension est donc secondaire et va prédominer sur l'hypertrophie des parois.

2°) *Dans l'insuffisance mitrale.*

Pendant la systole auriculaire le sang passe librement dans le ventricule gauche. Au moment de la systole ventriculaire, les valvules auriculo-ventriculaires sont raccourcies et obstruent incomplètement l'orifice mitral. Pendant la contraction une partie du sang contenu dans l'oreillette passe à travers l'intervalle laissé libre par les valves. L'oreillette reçoit une ondée sanguine destinée à l'aorte, elle a un surcroît de travail mais n'ayant pas un obstacle à franchir comme dans la sténose mitrale pendant la systole auriculaire, elle se distendra d'abord et s'hypertrophiera secondairement par le même mécanisme que le cas précédent, toutefois cette dilatation sera moins prononcée car l'oreillette se vide mieux et envoie l'excès de liquide au ventricule qui à son tour va s'hypertrophier. La dilatation est donc primitive à l'hypertrophie.

Les parois de l'oreillette s'aminciront par la suite et

à une période de plus avancée, « les parois sont complètement sclérosées dépourvues de tout élément musculaire », Roger et Vidal, page 634. La cavité auriculaire tiendra le rôle d'une poche inerte dépourvue de contraction, « l'anévrisme auriculaire passif succède à l'anévrisme actif », Vaquez.

CLINIQUEMENT, cette atteinte de l'oreillette se traduira par certains symptômes et même dans le rétrécissement mitral c'est d'elle que découlera les principaux symptômes du diagnostic. La dyspnée, les douleurs de Vaquez les manifestations paroxystiques, l'asthme cardiaque, l'œdème aigu et l'angine de poitrine sont dus à l'insuffisance ventriculaire gauche.

L'hypertrophie des oreillettes se révélera à la palpation par l'augmentation de la matités. Normalement elle s'étend de la cinquième à la huitième côte gauche, elle a une largeur de trois centimètres et une hauteur de sept à huit centimètres entre le bord spinal de l'omoplate et les vertèbres dorsales. « Dans le rétrécissement mitral elle s'étend dans le deuxième espace intercostal droit où elle peut déborder celle de la veine cave supérieure et de l'oreillette droite ». Bécclère, le thorax en général, traité de radiologie médicale de Ch. Bouchit, p. 810.

Le frémissement présystolique à la palpation est dû à l'ondée sanguine chassée dans le ventricule par la contraction de l'oreillette à travers l'orifice de la mitrale rétrécie.

Le souffle présystolique est dû au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule sous l'influence de la systole auriculaire. Nous savons que pour l'apparition d'un souffle il faut deux conditions essentielles : un rétrécissement

et une accélération de la vitesse sanguine. Le souffle se produit par le passage du sang à travers un canal rétréci, le canal mitral, dans une cavité large, le ventricule. Une deuxième condition indispensable est l'accélération de la vitesse sanguine, cette accélération est produite par le surplus du sang contenu dans les cavités de l'oreillette gauche mises sous tension par l'excès de liquide et par l'hypertrophie des muscles de la paroi.

Tant que le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule obéit à la force de la vis à tergo et à l'aspiration cardiaque (diastole), les bruits du cœur seront silencieux comme à l'état normal. Ils se traduiront par des bruits surajoutés quand le passage du sang se fera par la force de la contraction de l'oreillette.

L'orthoradiographie nous sera d'un précieux secours et lèvera les doutes ; dans les cas litigieux, nous serons renseignés sur les dimensions et la configuration des oreillettes et des ventricules, elle se fera en deux positions : frontale et oblique.

La position frontale nous montrera le volume de l'oreillette droite et des ventricules.

La position oblique nous fera observer les dimensions de l'ombre de l'oreillette gauche.

Dans la position frontale le malade *dans le decubitus dorsal, l'ombre du cœur gauche* : sur un sujet normal montrera la ligne G G' nettement bombée dans son tiers supérieur et arrondie au niveau de la pointe. « Dans le rétrécissement mitral cette ligne tend vers la rectitude, elle forme avec le diaphragme un angle net plus ou moins aigu ».

Orthodiographie et de la percussion du cœur dans le

rétrécissement mitral pur, par le Docteur Vaquez et le Docteur E. Bordet.

Le point G. est au-dessous de la saillie de l'artère pulmonaire et de l'auricule gauche.

« A l'éclairage oblique chez l'homme normal le mé-
« diastin postérieur donne une étroite bande claire située
« entre le cœur et la colonne vertébrale. Dans le rétrécisse-
« ment mitral cette bande claire disparaît dans sa partie
« postéro-inférieure ».

Arcelin. Les formes de l'aire de projection du cœur pathologique, thèse de Lyon, 1906, p. 33.

CARACTÈRE DE LA DOULEUR

Toutes les fois que la dilatation de l'oreillette sera appréciable, elle se révélera par la douleur interscapulo-vertébrale gauche.

Cette douleur est souvent continue, spontanée, elle fatigue par sa persistance et non par son intensité ; elle peut « aboutir à un état pseudo-neurasthénique : « depuis « bientôt deux ans, il me semble que j'ai quelque chose « dans le dos qui me ronge », disait un malade » Vilbonnet.

Elle est parfois réveillée, accentuée par la fatigue, la marche ou la simple percussion. Elle peut être assez intense pour que le malade esquisse un mouvement de retrait du corps quand on percute la région un peu plus fort que d'habitude (observation 23, thèse de Paris Izard. 1904-1905). Elle peut être pénible, profonde et même retentir sur la respiration. Ces douleurs peuvent être comparées au point de côté pulmonaire, c'est pourquoi Vaquez l'a appelé en 1903, dans la tribune médicale, page 181 : « point de côté « auriculaire », « il peut n'apparaître qu'à l'occasion de la « marche comme le point de côté auriculaire ou bien sub-« sister même au repos ». Vaquez, les maladies du cœur.

Siège. — La douleur siège entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate gauche. « Entre deux lignes horizon-
« tales passant par l'épine de l'omoplate et l'angle de l'omo-
« plate l'ensemble donnant un trapèze compris entre le
« rachis et le bord spinal de l'omoplate » Vilbonnet. Elle

reste localisée et ne se prolonge pas dans l'aisselle, cette douleur se trouve donc dans les limites de la projection de l'oreillette hypertrophiée. Elle peut se prolonger à droite à la période d'asystolie droite et donnera la sensation « d'une barre transversale » (Vaquez).

Il faut la rechercher le malade assis ou debout fortement courbé en avant afin d'écarter le plus possible les espaces intercostaux, « lui faire avancer les bras de façon « à faire glisser le plus possible les omoplates en dehors et « à découvrir les côtes sous-jacentes ». (Thèse de Vilbonnet 1905-1906).

La percussion des oreillettes doit se faire les doigts placés perpendiculairement aux côtes, il faut éviter de les placer parallèlement, « le médecin se mettra en arrière du « malade, placera les doigts chargés de recueillir la sensation sonore parallèlement à la ligne des apophyses épineuses » Vaquez.

Causes. — La douleur a été rapportée à la distension et à la fatigue des muscles de l'oreillette qui sont obligés à la systole auriculaire de fournir un travail supplémentaire afin de chasser dans les ventricules l'excès du liquide sanguin contenu dans ses cavités. « Il semble que ces douleurs sont dues à la distension et à l'effort qu'elle fait « pour s'adapter à son travail et à la gêne croissante de la « circulation ». Cela explique pourquoi cette douleur sera plus intense dans le rétrécissement mitral que dans l'insuffisance, le travail à fournir étant plus fort comme nous l'avons expliqué dans le mécanisme de la dilatation des oreillettes. L'énergie déployée à la systole auriculaire devant surmonter un obstacle, la sténose de la valvule dans l'insuffisance mitrale n'existe pas. Il est naturel que l'effort

exigé dans le rétrécissement mitral étant plus grand et la distension plus intense, la douleur soit plus vive et plus fréquente dans ce cas que dans les autres dilatations auriculaires.

A la distension et à l'effort viennent s'ajouter la compression des oreillettes sur les parois de la colonne vertébrale. La preuve certaine que cette douleur est due à la distension et à l'effort est prouvée par ce fait qu'elle « disparaît souvent à la suite de l'administration de la digitalite ou spontanément quand l'insuffisance cardiaque est confirmée ; l'oreillette n'est plus alors capable de réaction « douloureuse ». Vaguez, les maladies du cœur.

C'est pourquoi ces douleurs sont provoquées ou rendues plus vives par l'exercice physique. Les battements cardiaques s'accéléralent, les oreillettes ont à déployer une énergie plus grande et par conséquent les douleurs sont mieux ressenties par le sujet puisqu'elles sont proportionnelles à l'effort dépensé par les muscles auriculaires. Des phénomènes analogues existent dans les cas de rétentions vésicales. Les douleurs sont dues à la distension même de ses parois et deviennent plus intenses à mesure que la quantité d'urine retenue augmente. Elles sont accrues lorsque le malade pousse et tâche de forcer le barrage prostatique.

Evolution de la douleur. — De même dans le rétrécissement mitral la douleur augmentera en même temps que la dilatation des oreillettes. Le liquide contenu dans les cavités augmentera avec le progrès de la maladie, les parois se distendront davantage, se rempliront de caillots et de fibrine, aboutiront à la sclérose et à l'amincissement. La poche auriculaire finira par être inerte et les muscles de l'oreillette ayant perdu leur tonus et leur contractilité ne

pourront fournir aucun effort pour chasser le liquide sanguin de leur cavité. La douleur auriculaire, à cette période, disparaîtra de même que les autres symptômes physiques, la systole auriculaire n'existant pas.

Dans les vessies surdistendues, la douleur si désagréable de la rétention urinaire s'atténue pour disparaître de la même manière et pour les mêmes causes que pour l'oreillette.

Les contractions auriculaires étant insuffisantes pour remplir leur rôle évacuateur, il se produira une stase sanguine qui se répercutera sur le cœur droit. Tant que le ventricule droit luttera énergiquement entre la pression du liquide sanguin accumulé dans les vaisseaux pulmonaires « le point de côté auriculaire » ne variera pas. Mais dès que l'insuffisance fonctionnelle du cœur droit s'installera, dès que les valvules trienspidiennes seront forcées par la pression du liquide ventriculaire, l'oreillette droite se distendra comme l'oreillette gauche et la douleur auriculaire apparaîtra à son niveau. « Le malade a maintenant la sensation « d'une barre transversale » Vaquez. Toutefois cette douleur sera moins prononcée que celle de l'oreillette gauche, car nous avons vu que l'oreillette droite avait des parois plus épaisses et une capacité plus grande, la distension sera plus tardive et moins marquée. D'autre part, la dyspnée intense et les autres symptômes douloureux prendront le dessus, les sensations les plus fortes chassant les plus faibles. Notre point de côté auriculaire étant moins gênant passera inaperçu.

Pour nous résumer. — Dans les maladies mitrales, la douleur auriculaire se montrera et augmentera en même temps que la distension de la paroi des oreillettes. Elle

n'existera pas dans les cas des lésions mitrales où les oreillettes ne seront pas touchées. Elle disparaîtra dans les cas où l'oreillette surdistendue ne peut offrir une résistance à la masse sanguine contenue dans ses cavités.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic est à faire avec :

1°) La névralgie intercostale : dans celle-ci la douleur est augmentée par la respiration, elle suit le trajet du nerf, est superficielle.

2°) Le point de côté pleurétique siège rarement dans l'espace interscapulo-vertébral, augmente à l'inspiration, à la toux et à l'éternuement ; s'accompagne de fièvre et de frissons.

3°) Dans la pneumonie le frisson solennel et les symptômes généraux éliminent cette cause d'erreur.

4°) C'est le diagnostic différentiel avec les douleurs pulmonaires qui est le plus délicat. Elles siègent le plus souvent dans la fosse sus-épineuse ; la toux, l'expectoration et les analyses des crachats seules trancheront la question si la douleur siège dans les limites de la projection des oreillettes.

VALEUR FONCTIONNELLE DU POINT DE COTÉ AURICULAIRE

Le diagnostic de rétrécissement mitral est dans la plupart des cas facile à poser. Les symptômes sont nombreux et la douleur auriculaire passe dans ces cas heureux au second plan, étant donné que ce signe est le plus souvent tardif et n'existe qu'à la période de distension des oreillettes ; elle passe au même rang que le souffle crural de Durozier qui n'existe que lorsque la plupart des autres symptômes ont déjà fait leur apparition. Toutefois le signe de Vaquez associé à la percussion prend une importance de premier plan dans les rétrécissements mitraux silencieux à sténose très accentuée. Les cas en sont nombreux : Adans 1829, Henderson, Bouteille, Maar, Barth, Térol, Bouillaud, ont rapporté des cas semblables. Goola a même prétendu que les rétrécissements mitraux étaient silencieux. Récemment, Babonneix et Mornet ont cité un cas de sténose mitrale aphone à la Société de Médecine des Hôpitaux le 11 mars 1927. A. Dumas, Levet et Minaire ont rapporté un cas de forme latente silencieuse de rétrécissement mitral dans le *Lyon Médical* n° 9, 3 mars 1929, page 268. Lutembacher R. sténose mitrale silencieuse et syndrome tricuspide terminal (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, déc. 1930, page 782). Tardieu P., R. Grain, à la Société de médecine de Paris, 14 novembre 1930, a cité un cas de rétrécissement mitral avec dyspnée forte.

Dans ces cas la dilatation est très précoce et les signes physiques absents. Ce sont les rétrécissements silencieux ne se révélant souvent que par la dyspnée, la matité et la douleur auriculaire de Vaquez.

La dyspnée nous indiquera qu'il y a une atteinte probable des valvules cardiaques.

La matité peut être due à une cause étrangère à la dilatation, elle pourra exister avec une tumeur du médiastin postérieur ou un kyste du poumon.

Le signe de Vaquez viendra alors trancher le diagnostic qui autrement n'aurait pu être posé que par la radiographie. C'est dans ce cas que le médecin praticien éloigné de tout centre radiologique saura apprécier la valeur de ce symptôme. Même dans les cas commune où les symptômes physiques sont manifestes, il pourra juger d'après le point de côté si la dilatation des oreillettes est en régression ou en progression, si son traitement a été efficace, suivant que la douleur aura diminué ou augmenté. C'est ainsi qu'après l'administration de la digitale il conclura à une amélioration lorsque le malade lui dira que ses douleurs ont diminué, à une aggravation non seulement quand la douleur persistera mais aussi quand les symptômes tendront à disparaître à la période de dilatation extrême par le fait de l'absence de la contraction auriculaire.

Le point de côté auriculaire associé à la percussion sera alors suffisant pour poser le diagnostic. Car il est rare de rencontrer chez un même sujet tous les symptômes d'une affection cardiaque principalement de la mitral. Les signes les plus constants, tel le claquement, peuvent manquer. C'est tantôt sur le roulement, tantôt sur le dédoublement ou le claquement que l'on pose un diagnostic de rétrécisse-

ment mitral et le rythme mitral de Durozier, l'onomatopée bien connu, le Roufoutata, ne se rencontrent pas dans tous les cas.

Ce signe doit être pris en considération au même titre que le dédoublement du deuxième bruit ou du claquement de la mitral puisqu'on le rencontre là où la plupart des autres symptômes font parfois défaut, il existe dans les mêmes proportions que ces derniers et les statistiques montrent qu'on le rencontre une fois sur quatre cas, ce n'est donc pas une rareté comme on pourrait le croire.

Si elle est moins fréquente que la dyspnée, celle-ci ne traduit pas, comme nous l'avons déjà fait remarquer, une lésion définie, elle existe dans toutes les affections cardiaques, mitral ou aortiques. Par contre, notre point de côté auriculaire est un signe traduisant l'atteinte d'une lésion bien définie. Il existe dans tous les cas où il y a distension des oreillettes, « il a une valeur symptomatique réelle » Vilbonnet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Madame J... R..., âgée de 47 ans, débitante, vient consulter le 7 juin 1911 pour point douloureux siégeant sous la pointe de l'omoplate s'irradiant à l'épaule.

Tousse et crache un peu. Palpitation. Angoisse.

Pas de dyspnée d'effort.

Antécédent :

Pleurésie purulente à 18 ans.

Un enfant de 9 ans et demi bien portant.

Une fausse couche de 3 mois spontanée.

Rhumatisme qui dura 6 mois.

Toujours mal en point depuis trois ans, début de sa ménopause.

Examen :

Poumon — Respiration rude à la moitié inférieure de l'hémithorax gauche.

Cœur — Arythmique. Claquement du 2^e bruit à la base.
T.A. 17 1/2 - 10.

Electro :

Les points P sont faibles et manquent à certains endroits.

Traitement :

Bromhydrate de quinine et digitale.

Revient le 23-6-33 pour palpitation.

Trait. Aubépine. La douleur auriculaire est calmée.

Diagnostic :

Rétrécissement mitral avec point douloureux auriculaire.

OBSERVATION II.

Mlle A... G..., 19 ans, sténo-dactylo, vient consulter le 21-6-32 pour des douleurs articulaires siégeant au poignet gauche datant d'une semaine. On constate une enflure et une chaleur locale.

Ces douleurs ont fait leur apparition pour la première fois il y a un an.

Elle a eu des poussées fébriles il y a un mois de 38°9 avec quelquefois état fébrile.

Elle se plaint également de douleurs *dans la région interscapulo vertébrale gauche.*

Antécédent :

Rien de particulier.

Examen :

Cœur — dédoublement du 2^e bruit.

Poumons normaux.

Foie douloureux — vésicule — Signe de Murphy.

Pertes blanches — Règles abondantes avec un peu de retard.

Diagnostic :

1) Rétrécissement mitral avec point de côté auriculaire spontané.

2) Rhumatisme en évolution avec douleurs articulaires.

OBSERVATION III (n° 1).

Mme B..., âgée de 30 ans, confectionneuse, vient consulter le 17-3-33, au service du Docteur Duvoir, pour des douleurs précordiales avec palpitation et toux datant de deux ans. Elle présente aussi une douleur spontanée inter-scapulo-vertébrale bilatérale.

Antécédent : Néant.

Le cœur à l'auscultation présente :

1^{er} bruit sourd.

Dédoublement du second bruit.

Palpation révèle une douleur précise dans l'espace interscapulo vertébral gauche.

Poumons normaux.

Foie douloureux. Le point vésiculaire difficile à percevoir la palpation de cette région étant douloureuse.

Diagnostic :

Rétrécissement mitral avec douleur auriculaire de Vaquez spontané et accentué à la pression.

Radio

Cœur — On n'arrive pas à séparer le profil de la partie inférieure du cœur de la colonne en O.A.G.

Léger abaissement du point G.

D. vert. 7 cm.

OBSERVATION IV.

Madame F..., 30 ans, vient consulter le 2-10-33 pour dyspnée et points douloureux précordiaux et interscapulo-vertébraux gauche.

Antécédent :

Arthralgie sans siège défini commencée à 14 ans et existant actuellement.

Examen :

Cœur : Souffle présystolique.

Roulement.

Claquement du 2^e bruit à la base.

Urée 0,24.

B.W.

Ortho :

Cœur long — l'arc moyen semble allongé mais vu la forme générale du cœur peu de conclusions à en tenir.

En O.A.G., cœur créthique.

Trait : Pill de Lancereau et Sympathyl.

Diagnostic :

Rétrécissement avec point de côté douloureux spontané de Vaquez.

OBSERVATION V (du Docteur Pichon).

Madame Co..., 57 ans, gardienne de propriété, est venue consulter le 29-12-33 pour des douleurs rhumatismales dans les membres et au cou.

Antécédent — Dis avoir été soignée au salicylate dès l'âge de 23 ans pour rhumatisme.

Actuellement, elle présente une dyspnée d'effort avec palpitations — Douleur précordiale pendant l'effort.

Examen :

Frémissement cataire.

Souffle présystolique.

Roulement diastolique.

Dédoubllement du 2^e bruit.

Point douloureux à la pression dans la région interscapulo vertébrale gauche. Dans la zone limitée par deux lignes horizontales parallèles passant par l'épine et l'angle de l'omoplate.

T. A. 15-10.

Radio

En frontale l'arc DD' est légèrement bombé.

Aorte plus opaque que normalement.

L'aorte descendante nettement visible.

L'arc moyen bombé. Point G abaissé.

En O.A.C.

On voit nettement le trajet de l'aorte plus opaque que normalement. On voit aussi une grosse oreillette gauche ne se décollant pas de profil.

Le sommeil est possible après prise de salicylate de soude. Sinon insomnie.

Diagnostic :

Rétrécissement mitral avec point de côté auriculaire provoqué par la palpation.

OBSERVATION VI.

H... P..., 13 ans, vient consulter le 14-12-33 pour des douleurs précordiales et un point douloureux dans la zone interscapulo-vertébrale.

Il est sujet à des crises d'asthme.

Antécédent.

Examen :

Cœur — Souffle systolique en jet de vapeur.

Radio :

Examen frontal, l'arc moyen est nettement allongé mais il n'y a pas de bord à droite.

Ortho : En position oblique antérieur gauche.

Grosse oreillette gauche, ne se détache même pas du rachis dans le profil.

OBSERVATION VII.

Monsieur B..., 35 ans, couturier, vient consulter pour nombreuses douleurs dans la région interscapulo vertébrale gauche sans irradiations avec sensation de picotement.

Il se plaint en outre de dyspnée d'effort. Douleur et dyspnée datant de trois mois.

Antécédent : Bronchite.

Examen :

Cœur — Roulement diastolique. Souffle présystolique.

T.A. 12-4.

Foie douloureux au palper.

Réflexes normaux.

Diagnostic :

Rétrécissement mitral avec point de côté auriculaire de Vaquez spontané.

OBSERVATION VIII.

A... M..., 22 ans, 14 juin 1933.

Point de côté thoracique gauche très limité le long du bord interne de l'omoplate près de la pointe, peut-être léger œdème à ce niveau. Début il y a deux ans à la suite d'un refroidissement ; plus prononcé la nuit lorsque le malade se couche sur ce côté.

Antécédent :

Pas de signe fonctionnel d'atteinte tuberculeuse.

Quelques varices.

Examen :

Poumons : rien.

Cœur : peut-être dédoublement du premier bruit.

Pas de souffle.

Radio le 15-6-33.

Avec moyen long un peu bouché battant très fort.

Point G. bas, petit ventricule gauche.

En transverse l'oreillette affleure presque le rachis.

CONCLUSION

- 1° — Le point de côté auriculaire de Vaquez se rencontre toutes les fois que les oreillettes sont distendues.
 - 2° — Il disparaît lorsque la distension étant considérable les contractions auriculaires ne se font plus par suite de l'atrophie de la paroi des oreillettes.
 - 3° — Il est plus fréquent dans le rétrécissement mitral où il existe une fois sur quatre cas.
 - 4° — Il prend une valeur importante et dirige vers le diagnostic dans les rétrécissements silencieux, que la radio viendra confirmer.
-

Vu : *Le Président de thèse,*
A. CLERC.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCELIN. — Les formes de l'aire de projection du cœur pathologique. Thèse de Lyon, 1906.
- BABONEIX et MORNET. — Sténose mitrale aphone. Société de Médecine des Hôpitaux, 11 mars 1927.
- BÉCLÈRE. — Le Thorax en général.
- BRIQUET. — Thèse de Paris, 1890.
- BROUEDEL. — Société anatomique, 1880.
- CLERC. — Maladies du cœur et des vaisseaux.
- DUMAS, LEVETS, MINAIRE. — Un cas de forme latente silencieuse de rétrécissement mitral. Lyon Médical, n° 9, 3 mars 1929.
- HUCHARD. — Traité classique des maladies du cœur et de l'aorte, 1905.
- IZARD. — La question du mariage dans le rétrécissement mitral. Thèse de Paris, 1904-1905.
- LAUBRY et ROUTHIER. — Nouveau traité de pathologie interne, 3^e vol. édition 1930.
- LIAU. — Discussion sur
- LUTEMBACHER. — Sténose mitrale silencieuse et syndrome tricuspide terminal (Arch. des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, en 1930).
- ROGER VIDAL et TESSIER. — Nouveau traité de médecine.
- TARDIEU et R. GRAIN. — Société de Médecine de Paris, 14 novembre 1930.

TESTUT et LATARGET. — Traité d'anatomie, page 9.

VAQUEZ et BORDET. — De la valeur comparée de l'orthodiagraphie et de la percussion du cœur dans le rétrécissement mitral.

VAQUEZ. — Tribune médicale 1903 (page 181).

VILBONNET. — Thèse de Paris 1905-1906. Le point de côté auriculaire dans le rétrécissement mitral.

